

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

N°

558

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Robert DEBRAY

Né le 7 Novembre 1906 à Calais (Pas-de-Calais)

Contribution à l'étude DES SUITES ÉLOIGNÉES DE L'HYSTÉRECTOMIE

Président : M. LENORMANT, professeur

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE
49, BOULEVARD SAINT-MICHEL, 49

—
1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Robert DEBRAY

Né le 7 Novembre 1906 à Calais (Pas-de-Calais)

Contribution à l'étude DES SUITES ÉLOIGNÉES DE L'HYSTÉRECTOMIE

Président : M. LENORMANT, professeur

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, BOULEVARD SAINT-MICHEL, 49

1934

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
»	BEZANÇON.
»	CARNOT.
»	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GRÉGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	Neurol. et Psychiâtrie.	LANTUEJOUL	Obstétrique.
BENARD (Henri) . . .	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy) . . .	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) .	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathol. expérimentale.
BOULIN	Pathologie médicale.	LEVEUF	Patholog. chirurgicale.
BROCC	Patholog. chirurgicale.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
BULLIARD	Histologie.	LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiâtrie.
CATHALA	Pathologie médicale.	MOREAU	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.	MOULONGUET	Patholog. chirurgicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.	ÖBERLING	Anatomie pathologiq.
DONZELOT	Pathologie médicale.	PETIT-DUTAILLIS . .	Patholog. chirurgicale.
FEY	Urologie.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
GALLIARD	Parasitologie.	PORTES	Obstétrique.
GASTINEL	Bactériologie.	QUENU	Patholog. chirurgicale.
GATELLIER	Patholog. chirurgicale.	RICHEL	Physiologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Patholog. chirurgicale.	SANNIÉ	Chimie biologique.
GAYET	Physiologie.	SENEQUE	Patholog. chirurgicale.
GIROUD	Histologie.	SÉZARY	Dermatol. et syphiligr.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	TROISIÈRE	Pathol. expérimentale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngol.	TURPIN	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.	VALLERY-RADOT	
HUGUENIN	Anatomie pathologiq.	(Pasteur)	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.	VELTER	Ophthalmologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.	VIGNES	Obstétrique.
LACOMME	Obstétrique.	WILMOTH	Patholog. chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.	LEROUX	Anatomie pathologiq.
BUSQUET	Pharmacologie.	LEVEU-LEMAIRE . . .	Parasitologie.
CHAILLEY-BERT . . .	Physiologie.	ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
BRULÉ	Clinique médicale.	MOURE	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	GUENIOT	Clinique obstétricale.
HARVIER	Clinique médicale.	LE LORIER	Clinique obstétricale.
LIAN	Clinique médicale.	LEVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.
CADENAT	Clinique chirurgicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MES FRÈRES :

PAUL DEBRAY

Ingénieur Civil des Mines

GEORGES DEBRAY

Docteur en droit, Avocat à la Cour

JACQUES DEBRAY

PIERRE DEBRAY

A M. LE PROFESSEUR LENORMANT
Professeur de Clinique Chirurgicale

notre Président de Thèse



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551822_0073

A M. LE PROFESSEUR A. COUVELAIRE

A. M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PORTES

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LÉVY-SOLAL

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GEORGES LARDENNOIS

M. LE PROFESSEUR CARNOT

M. LE PROFESSEUR WIDAL (*in memoriam*)

M. LE PROFESSEUR ACHARD

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VALLERY-RADOT

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEAN HUTINEL
(*in memoriam*)

M. LE DOCTEUR MAURICE DEBRAY

M. LE PROFESSEUR JEAN LOUIS FAURE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JACQUES LEVEUF

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ WILMOTH

A MON AMI ROGER COUVELAIRE

Introduction

L'avenir des malades hystérectomisées est diversement considéré par les chirurgiens.

Certains tentent l'impossible pour épargner à une femme l'ablation de son utérus et de ses ovaires.

D'autres craignant la guérison incomplète et la nécessité d'une réintervention préfèrent presque de parti pris l'hystérectomie à toute opération conservatrice.

A la base de cette discussion se trouve une appréciation très différente des troubles qui peuvent résulter de la castration totale d'une femme.

Nous nous sommes proposés de revoir un certain nombre de malades hystérectomisées.

Nous avons relevé à cet effet toutes les hystérectomies faites dans le service de M. le Professeur Lenormant de 1923 à 1933. Soit plus de 1.100.

150 malades ont été convoquées : 76 convocations sont parvenues et en définitive 46 anciennes opérées ont pu être examinées et interrogées.

Ces examens nous ont permis d'apprécier la qualité de la guérison et d'étudier les troubles dus à l'opération :

La guérison des malades est en général parfaite. En dehors des cas de récurrence cancéreuse, dont

nous ne parlerons pas ici, il est bien certain que l'hystérectomie ou mieux « l'oophoro-salpingo-hystérectomie » alpha et omega de toute la thérapeutique gynécologique qui supprime le mal avec la cause du mal donne une « guérison solide » comme disait Segond.

Certains des cas où l'un des deux ovaires a été conservé ont donné lieu à des réinterventions, et nous insisterons sur ce point, mais nous n'avons pu préciser la fréquence de ces réinterventions ; il faudrait pour le faire revoir toutes les anciennes opérées ce qui paraît bien difficile en milieu hospitalier.

Les troubles locaux nous ont paru rares, nous les reprendrons dans le dernier chapitre de ce travail, nous dirons un mot des altérations du col restant après subtotaux, des kystes pelviens, des rétrécissements des uretères, des prolapsus, des kraurosis.

Les troubles généraux restent en définitive la part la plus importante quand on cherche à préciser l'avenir des malades hystérectomisées.

A vrai dire ils sont dus à l'ovariotomie et non à l'hystérectomie ; mais, dans notre statistique, 5 % seulement de celles-ci ont comporté la conservation d'un ou de deux ovaires. Même dans ces cas de conservation d'ovaires, sans utérus, on sait que les avis sont très partagés quant à la prévention des troubles de castration.

Nous commencerons donc par l'étude de ces troubles généraux.

PREMIÈRE PARTIE

Troubles généraux de la Ménopause chirurgicale

Nous diviserons cette première partie en trois chapitres :

CHAPITRE I. — HISTORIQUE.

CHAPITRE II. — ÉTAT ACTUEL DE LA QUESTION.

CHAPITRE III. — ÉTUDE DES OPÉRÉES REVUES.

CHAPITRE PREMIER

Historique

L'historique de ces troubles a été souvent rappelé, particulièrement et très heureusement dans la thèse de Baron.

On peut la diviser en quatre périodes.

Dans la première, avant 1889, les troubles qui suivent la castration sont ignorés. Cependant dans l'antiquité et d'après les textes grecs et latins on retrouve des castrations pratiquées chez la femme pour y produire des modifications des caractères sexuels secondaires : répartition du tissu graisseux sous-cutané, changement du timbre et de la hauteur de la voix.

Au XIX^e siècle, à la suite d'Astlee (1843), de nombreuses ovariectomies sont pratiquées, notamment par Kœberlé et par Péan en France ; mais il s'agit en général de femmes âgées, de grosses tumeurs ovariennes et il n'est pas observé de troubles après ces interventions.

A la fin du XIX^e siècle les chirurgiens admettent dans l'ensemble que la castration ne provoque chez la femme que peu de troubles, sans importance.

Puech en 1873 se préoccupant des suites éloignées des ovariectomies avait recherché les modifications des caractères sexuels secondaires et ne les avait point trouvées.

Aussi, au début de l'ère pastorienne, les opérations gynécologiques comportaient-elles l'ablation systématique des ovaires ; bien que, dès 1884, Schröder ait fait les premières tentatives de conservation partielle de ces glandes.

En fait, il faut attendre 1889 pour avoir avec Glæveke en Allemagne la première description d'ensemble des troubles de ménopauses artificielles chirurgicales :

Aménorrhée, bouffées de chaleur, embonpoint, modification du caractère pouvant aller jusqu'à l'aliénation mentale, diminution du plaisir sexuel, atrophie vaginale, sont décrits.

En 1891 le cinquième congrès de chirurgie met la question à l'ordre du jour :

La *deuxième* période est ouverte, l'attention est éveillée.

En France, des thèses : celles de Martin en 1893, de Pinèssé en 1894, de Chavin et de Lissac en 1896 précisent ces troubles ; ils préconisent la conservation de la « moindre parcelle d'ovaire », et l'on commence à parler d'opothérapie.

Jayle, qui toute sa vie a consacré tant de travaux à cette question, déclare dès 1897 en rapportant le travail de Geæveke :

« Les troubles consécutifs à la castration ovariennne sont constants, ces troubles sont très gênants non seulement pour la malade mais souvent encore

pour son entourage, ils durent longtemps, beaucoup plus longtemps qu'on ne le dit, et quelques-uns paraissent au-dessus de tout traitement. L'ablation totale des deux ovaires n'est à pratiquer qu'en dernière ressource ».

Dans le service de Pozzi, René Abrant en 1899 étudie comparativement dans sa thèse les troubles consécutifs à l'hystérectomie simple et à l'oophorohystérectomie : celles des opérées qui ont conservé un ovaire, bien que n'ayant plus leurs règles ont moins de bouffées de chaleur et pendant moins longtemps que les autres, elles n'ont pas de troubles de la mémoire, pas de modification de caractère.

Il conclue que la majorité des troubles de la ménopause sont dus à l'ablation des ovaires.

La même année Montana montre que les opérations conservant l'ovaire et même la trompe n'ont pas de gravité opératoire et permettent parfois : la possibilité de grossesse, le bénéfice de la menstruation, en tout cas simplement la sécrétion interne de l'ovaire.

La chirurgie conservatrice est née. Doléris en France, Westh en Allemagne, Grammatikati en Russie, William Lusk en Angleterre, William Goo-dell aux Etats-Unis s'efforcent de conserver à leurs opérées la sécrétion ovarienne.

Mais bientôt à vouloir trop oser, ces techniques brillantes et séduisantes vont exposer leurs protagonistes à de sérieuses désillusions :

Les malades reviennent, elles souffrent, il faut les réopérer.

1907 : Doléris rapporte à la Société d'obstétrique les observations de malades où il dut réintervenir.

La *troisième période* commence, celle des ennuis et des accidents

Une très vive réaction se manifeste et l'on prône vivement les opérations radicales plus simples d'exécution et plus sûres de résultats.

En même temps et par un mécanisme bien habituel les troubles que l'on voulait autrefois éviter sont considérés comme moins fréquents et beaucoup moins importants.

M. Delbet, précisant les diverses indications des interventions conservatrices, trouve inutile de garder la sécrétion interne des ovaires « ceux-ci fonctionnant plus ou moins mal avant l'opération » et par ailleurs il dit que l'on voit de moins en moins de psychoses, jamais de modification des caractères sexuels secondaires ; quant à l'embonpoint il est normal lors de toute convalescence ; quant aux bouffées de chaleur les femmes s'y attendent, un peu plus tard, lors de leur ménopause.

A. Pinard recommande l'ablation des ovaires d'autant plus que les femmes sont plus jeunes car dit-il « ils ont plus de chance de dégénérer chez les femmes jeunes ».

Sauvé en 1911, conteste toute gravité à la ménopause chirurgicale et considère comme inutile toute conservation ovarienne.

Tuffier et ses élèves, à cette époque, et à propos des greffes étudient la fonction ovarienne. Pour eux, les troubles de la ménopause artificielle sont

dûs à l'interruption du flux menstruel et en conséquence il est inutile de conserver un ovaire.

Par ailleurs Dartigues, Mademoiselle Osnos parlant des formations kystiques résiduelles, d'origine ovarienne montrent les inconvénients des opérations conservatrices.

Cependant à l'étranger les avis étaient restés plus divisés.

Si Cemach, Walthard, Polak en Amérique conseillent les conservatrices, au contraire, Bovis en 1914, estimant à 80 % la fréquence des troubles de la castration conclue en faveur des conservatrices.

Dickinson redoute également les troubles de ménopause artificielle.

Puis, après la guerre, la *quatrième période* prend naissance : celle des avis partagés.

Ockinczyc, en 1920 au Congrès de chirurgie à propos de la chirurgie conservatrice dans le traitement des fibromes, Mocquot et de Rouville en 1926, Tixier à Lyon se montrent défavorables aux opérations conservatrices. Tixier dit : « les troubles de la ménopause chirurgicale ont été fort exagérés ».

Par contre Aschner en Autriche insiste sur les troubles de la ménopause artificielle.

« Les femmes qui ont été opérées radicalement ou castrées par les rayons sont sujettes en très grand nombre à des troubles extrêmement graves qui sont loin de se borner à quelques troubles d'insuffisance ovarienne généralement passagers et faciles à supporter mais qui se traduisent par une cachexie douloureuse et qui abrège la vie.

Ce qui importe pour Aschner c'est la conserva-

tion des règles : c'est l'ancienne opinion de Tuffier.

En France Forgue et Massabuau, Cotte, Page et Ferey recommandent, quand elle est possible la conservation d'un ovaire.

A l'étranger : E. M. Havks aux Etats-Unis, Clarch et Norris, Mme Maxwell recommandent également la conservation ovarienne.

Ainsi tant en France qu'à l'étranger la chirurgie conservatrice a des défenseurs qui redoutent pour leurs opérées les troubles de la castration

CHAPITRE II

État actuel de la question

Le Congrès de gynécologie d'octobre 1933 permet de préciser l'opinion de certains auteurs français.

La question à l'ordre du jour était : le traitement des troubles de la ménopause artificielle et l'ensemble du rapport se présentait selon le plan suivant :

1° Base expérimentale du problème de la ménopause provoquée et de la chirurgie conservatrice.

2° La castration définitive et le traitement de ses troubles chez la femme.

3° La thérapeutique conservatrice (radiothérapique et chirurgicale).

L. Brouha étudiant les « bases expérimentales du problème » précise les troubles de castration chez l'animal, il montre que l'ablation chirurgicale des 4/5 du tissu ovarien ne détermine pas la castration ; il ajoute, et c'est là un point très important, que l'hystérectomie ne paraît pas agir sur les ovaires laissés in situ.

Enfin, il conclue au point de vue thérapeuti-

que au rôle « spécifique » des greffes d'ovaires et des injections d'hormones.

A. Van Cauwenberghe décrit les troubles de la castration chez la femme et expose leurs différents traitements, il met en évidence à ce sujet la grande confusion actuelle quant aux doses de folliculine employées (allant de 4 à 40.000 u. s.).

Enfin, G. Massabuau et A. Guibal après avoir exposé les nombreuses méthodes de la chirurgie conservatrice et précisé leurs indications terminent par des conclusions qui nous ont semblé très importantes, nous les reprendrons ultérieurement. Retenons cependant cette phrase :

« Quand Segond disait : une bonne guérison vaut bien quelques bouffées de chaleur, ne sous-estimait-il pas l'importance des troubles qui surviennent après l'opération radicale ? »

Mais il s'en faut, lors de la discussion de ces rapports que tous les auteurs se soient montrés de l'avis des rapporteurs.

Là encore les tendances conservatrices et radicales se sont opposées. Là aussi une appréciation très différente des troubles de la castration est apparue à la base des discussions.

Alors que M. Siredey se montre « étonné par la préoccupation excessive que causent à certains auteurs des troubles de la ménopause artificielle ». M. le Professeur Villard de Lyon estime « qu'il faut tenir le plus grand compte de ces troubles ». « Je crois pouvoir conclure, dit-il, que sur 100 femmes castrées, 25 seulement conservent un parfait équi-

libre moral, alors que 50 présentent des troubles d'intensité moyenne et que 25 constituent un groupe de grandes déséquilibrées ».

On voit que ces chiffres sont particulièrement pessimistes.

Par ailleurs d'autres chiffres ou plutôt pourcentages furent cités (60 % de troubles légers et 10 % de troubles graves pour de Fourmestaux de Chartres) mais aucune statistique d'ensemble ne fut apportée.

CHAPITRE III

Etudes des opérées revues

Notre travail nous a d'abord permis de constater la difficulté que l'on a à revoir les anciennes opérées en milieu hospitalier.

Un auteur américain, Clark, qui a publié une analyse des résultats éloignés dans 232 cas d'hystérectomie, n'avait pu revoir que 20 % des opérées, soit 46 ; les autres avaient été interrogées par questionnaire écrit ; et l'auteur remarque lui-même combien sont faussées de semblables statistiques, les malades ayant tendance à attribuer à leur opération les troubles les plus divers.

Battesti, lui, avait envoyé les questionnaires non pas aux malades, mais aux chirurgiens et il en a publié les réponses dans sa thèse (Montpellier 1908), mais cette fois l'impression était par trop optimiste.

Pour notre part nous avons envoyé 150 convocations, 76 sont parvenues et en définitive, 46 malades sont venues nous voir. 46 sur 76 représente tout de même une importante proportion.

Le déchet fut naturellement beaucoup plus grand pour les anciennes opérées que pour les opérées plus récentes ; aussi s'agit-il, pour la plupart, de malades hystérectomisées en 1933 ou en 1931 et 1932. Cependant nous avons des cas plus anciens

de 4, 5, 6 et 7 ans ; et 2 d'entre eux remontent à 12 ans.

Toutes les malades revues ont été opérées avant leur ménopause, presque toutes n'ont pas 40 ans et la plupart sont de jeunes femmes de moins de 30 ans.

Nous avons interrogé longuement chaque malade cherchant à évaluer le plus exactement possible les troubles le plus souvent purement subjectif qu'elles présentaient.

Pour chacune d'elles le pouls, la tension artérielle et le réflexe oculo-cardiaque ont été notés.

Nous avons simplement divisé le lot de nos opérées en deux groupes :

1° Celles qui ne présentent aucun trouble ou des troubles légers, c'est-à-dire des bouffées de chaleur sans grande gêne, bouffées de chaleur qui sont presque constantes.

2° Celles qui présentent des troubles avec lesquels il faut compter.

A. -- Groupes de malades présentant des troubles de ménopause chirurgicale

Ces troubles sont habituellement classés en :

- a) TROUBLES CARDIO VASCULAIRES.
- b) TROUBLES DU MÉTABOLISME.
- c) TROUBLES NERVEUX ET PSYCHIQUES.
- d) TROUBLES DES CARACTÈRES SEXUELS SECONDAIRES.

Cette classification est d'ailleurs très schématique et associe des troubles d'importance et de fréquence très différentes.

Troubles vaso-moteurs.

Modification du caractère.

Modification du poids.

Restent, en fait, les troubles communément observés.

Leur date d'apparition et leur fréquence sont variables suivant les troubles considérés.

a) TROUBLES CARDIO-VASCULAIRES

Les bouffées de chaleur sont quasi constantes, elles sont survenues chez 43 sur 46 de nos malades ; dans deux des cas où elles manquaient il s'agissait de malades au voisinage de la ménopause et leurs fonctions ovariennes étaient vraisemblablement déjà très ralenties, l'une avait 47 l'autre 48 ans. Dans le troisième où elles manquaient la malade avait 38 ans mais l'on avait conservé les annexes droites.

Ajoutons que l'absence de bouffées de chaleur comportait dans les trois cas l'absence de tout autre trouble.

Tout se passe donc comme si leur présence était nécessaire au syndrome de castration chirurgicale.

Leur date d'apparition est précoce, ce sont les premiers troubles qui surviennent après l'opération : au début de la convalescence, vers la fin du premier mois, souvent alors que les malades n'ont pas encore quitté l'hôpital.

Parfois plus tardifs au deuxième ou au troisième mois, plus rarement du sixième au douzième.

L'intensité et la fréquence des bouffées de chaleur sont assez variables.

Il s'agit en général d'une brusque sensation de chaleur qui envahit tout le corps ; le visage se congestionne, devient rouge en même temps que la femme éprouve une sensation de picotements sur la figure, d'éblouissement et de gêne, parfois un peu de difficulté pour respirer. Elle interrompt alors une conversation, s'arrête dans la rue ou est obligée de se relever si elle est couchée.

Le plus souvent le malaise dure 2 à 3 minutes, d'autres fois 5 à 20, plus rarement une demi-heure.

Souvent, mais non constamment elles provoquent une sudation plus ou moins intense qui oblige parfois les malades à changer de linge.

Provoquées par des émotions ou survenant spontanément elles se répètent 3, 4, 6 fois dans la journée en moyenne.

Chez d'autres elles surviennent surtout la nuit, provoquées par le décubitus dorsal et retardant le sommeil ; chez d'autres elles sont plus fréquentes (10 fois par jour dans une de nos observations) mais nous ne les avons jamais vues revêtir cet espèce d'état de mal décrit par certains auteurs. Chez une de nos opérées elles s'accompagnaient de nausées et de vomissements ; chez 4 autres de maux de tête qui disparaissaient d'ailleurs assez vite.

Ces bouffées de chaleur s'atténuent d'ailleurs rapidement ; au bout d'un an, de 18 mois, rarement plus, elles s'espacent et gênent de moins en moins

les femmes. En général 2 à 3 ans après l'opération elles ont pour ainsi dire disparues ne réapparaissant que sous l'effet d'émotions vives. Dans une de nos observations cependant elles subsistent, mais beaucoup moins fortes, 12 ans après l'opération.

Dans l'ensemble il nous a semblé que les bouffées de chaleur restaient en général sans très grande importance surtout quand on les compare aux services rendus par l'hystérectomie.

Si elles étaient les seuls troubles de la castration chirurgicale, la chirurgie conservatrice ne trouverait pas de défenseurs.

A côté des bouffées de chaleur on a décrit l'hypertension des femmes castrées.

Beaucoup plus rare, plus grave et plus difficile à interpréter l'hypertension des femmes castrées est trouvée par Paillard dans 1/3 des cas « moyenne » et dans 1/10^e des cas au-dessus de 20-11.

Pour notre part nous avons pris la tension de toutes nos opérées mais ne connaissant pas les chiffres d'avant l'opération nos résultats sont sans valeur. Disons cependant que 4 opérées sur 46 avaient plus de 18 maxima (18-11, 20-10, 20-11, 18,9), 2 d'entre elles ayant moins de 35 ans ; ce qui semble correspondre au 10 % indiqué par Paillard.

Cette élévation de tension n'ayant d'ailleurs aucun parallélisme avec les autres troubles.

b) TROUBLES DU MÉTABOLISME

Nous avons noté dans un peu plus de la moitié

des cas une augmentation notable du poids des malades se chiffrant par 7 à 8 kgs.

Ces augmentations de poids ne doivent pas d'ailleurs être uniquement rapportées aux troubles endocriniens. Dues dans quelques cas à la simple convalescence, à la suppression des douleurs, à la disparition des hémorragies elles diminuent d'ailleurs souvent à la reprise du travail. Dans nos observations peu de malades, à peine 5 ou 6, étaient particulièrement gênées par leur obésité.

Par ailleurs le taux d'élimination de l'urée diminue et il y aurait augmentation de la cholestérinémie.

Il y a également rétention azotée et il y aurait diminution du métabolisme basal ; mais on sait l'interdépendance de l'ovaire et de la thyroïde et chez les Hypertyroïdiennes la castration provoque, au contraire, une augmentation notable du métabolisme.

Nous avons fait faire pour deux anciennes opérées un métabolisme, il était augmenté à + 30 et + 40 %.

Enfin, il faudrait rattacher aux troubles du métabolisme calcique un rhumatisme étudié en particulier par Leriche et J. Ch. Dalsace. Nous avons effectivement relevé fréquemment des douleurs articulaires osseuses et musculaires. Plus particulièrement une de nos malades présentait de vives douleurs à l'extrémité inférieure des deux fémurs qui semblaient avoir débuté après la castration.

C) TROUBLES NERVEUX ET PSYCHIQUES

I. — *Etat psychique*

Les modifications du caractère sont fréquentes et importantes. « C'est une autre femme qui va naître de l'opération » a-t-on dit et de fait nous avons retrouvé ces troubles chez 19 de nos opérées.

Il s'agit de femmes jeunes.

En effet, 14 de nos malades revues ont plus de 38 ans : aucune d'elles ne présentent de modifications psychiques appréciables.

Il reste donc 37 femmes ayant moins de 35 ans. 19 d'entre elles sont notablement modifiées au point de vue psychique ; et sur ces 19, sept sont particulièrement éprouvées.

L'appréciation des modifications du caractère est délicate, il faut tenir compte avant tout de l'état psychique antérieur ; certaines malades après avoir expliqué leur grande nervosité, reconnaissent volontiers qu'elles étaient déjà très nerveuses avant l'opération ; nous n'avons pas tenu compte de ces observations.

D'autre part, les malades, confient peu volontiers au médecin ces sortes de troubles qu'elles s'expliquent mal, qu'elles formulent difficilement et dont elles sont souvent elles-mêmes plus ou moins honteuses.

Enfin ces troubles, bien qu'ils soient souvent fort pénibles, semblent ne pas compromettre en général l'intelligence et le raisonnement des femmes.

Pas de consultations psychiâtriques, pas d'internement, pas de folie.

C'était là le grand argument de Segond, d'Hartmann lors d'un débat important sur la question à la Société de Chirurgie. Segond sur 642 hystérectomies ou castrations ne trouve que 4 complications mentales graves, Hartmann 2 sur 200 et dans ces cas ils soupçonnaient, à juste titre, des antécédents psychopatiques prédisposant ces malades à la folie.

De ces aliénations mentales, nous n'en avons évidemment pas vues chez nos 46 malades ; rien même d'approchant, le mot de « troubles psychiques » nous paraît même déjà trop fort, faussant la réalité. « Troubles du caractère » est mieux ; et pourtant ces femmes sont profondément modifiées.

Sept surtout avons-nous dit, sont particulièrement éprouvées :

Il s'agit :

De trois femmes opérées il y a un an ayant 25, 25 et 26 ans.

D'une jeune malade de 19 ans castrée il y a deux ans pour pyosalpinx.

D'une femme de 28 ans opérée trois fois, la dernière fois il y a 4 ans.

Et enfin de deux anciennes malades opérées toutes deux il y a douze années, l'une à 25 ans, l'autre à 22 ans.

Dix autres opérées présentent également des modifications du caractère, mais, ou moins marquées, ou plus difficilement directement rapportables à l'intervention du fait d'une nervosité déjà antérieurement accusée.

*
* *

Avant tout il s'agit de troubles de l'humeur ; presque toutes s'en plaignent.

« Avant d'être opérée, dit l'une, j'étais calme et douce, maintenant je ne tiens plus en place, pour un rien je m'emporte, je crie, je pleure et j'ai des colères très fréquentes ».

Les troubles de la mémoire et de l'attention ont été retrouvés dans trois cas ; une malade opérée il y a 12 ans en souffre particulièrement. Les amnésies portent également sur les faits anciens et sur les faits récents ; il s'y ajoute une certaine lenteur d'idéation et par moments de la difficulté pour parler.

Les troubles de l'émotivité existent chez toutes ; la moindre contrariété provoque un état anxieux disproportionné ; des pleurs faciles, des tristesses profondes avec idée d'indignité et de suicide ; mais ces moments de dépression sont en général de courte durée et sont souvent vivement remplacés par de courtes périodes d'excitation.

Les troubles de la volonté sont plus difficiles à mettre en évidence, ils semblaient assez marqués chez notre plus jeune malade.

L'asthénie sur laquelle insistent quelques au-

teurs ne nous a pas semblé très fréquente ; nous l'avons trouvée seulement chez 5 ou 6 opérées. Presque toutes travaillent d'ailleurs, sauf deux cependant, l'une par son amnésie, l'autre par sa très grande nervosité en sont pratiquement incapables.

Dans l'ensemble les occupations, le travail nous ont paru plutôt diminuer les troubles.

Le début de ces troubles est difficile à préciser. Il semble qu'ils apparaissent progressivement dans la première année parfois plus brusquement.

Leur durée ne doit pas être éphémère.

Deux de nos malades ont été opérées il y a 12 ans ; alors que les bouffées de chaleur ont disparu depuis longtemps, les modifications du caractère persistent, égaux à eux-mêmes ; chez aucune de nos malades ils n'ont tendance à diminuer. Nous parlerons plus loin de la thérapeutique.

Ainsi donc ces troubles difficiles à décrire, restent en général compatibles avec une vie sociale relativement normale. Certes, l'entourage est particulièrement les maris doivent se plaindre de cet état ; et pourtant pas un cas de divorce sur 46 malades revues !

Ces troubles ne sont pas confiés au chirurgien, rarement au médecin, à moins qu'il n'en sollicite la confession.

Même très marqués ils ne font qu'exceptionnellement des folles ; mais plus simplement des malheureuses.

Nous rapporterons, à ce chapitre, une seule observation, elle nous a semblé importante :

Mme J. Dut..., 25 ans, couturière, mariée depuis 1926, a été opérée en décembre 1927 pour salpingite, dit-elle, par notre maître M. le Professeur agrégé Jacques Leveuf, qui lui enleva les annexes droites.

Six ans après souffrant à nouveau, elle fut réopérée à l'hôpital Cochin par M. le Professeur agrégé Wilmoth qui lui fit une hystérectomie subtotale. Or cette femme est une de celles qui présentent les troubles du caractère les plus marqués et les plus pénibles ; calme et tranquille avant ; émotive et anxieuse maintenant, abattue ou agitée, elle a des crises de dépression avec idée de suicide.

Providentiellement, entre les deux opérations, elle a eu un enfant.

« Sans lui, dit-elle, je n'aurai pas pu vivre ».

Nous croyons que cette courte observation est un bon argument pour les défenseurs de la chirurgie conservatrice.

2. — *L'instinct sexuel*

L'enquête à ce sujet est difficile. Il nous a semblé que chez 1/4 des femmes environ (11) le désir sexuel était diminué. Peut-être la proportion est-elle plus importante ; il est plus facile de répondre que l'état est inchangé que d'expliquer la diminution du désir.

Les phénomènes de suggestion de l'entourage et d'auto-suggestion doivent avoir certainement une grande importance ainsi que le rappelait ré-

ceiment M. Siredey ; aussi doit-on s'efforcer de détruire le préjugé populaire qui veut qu'une femme castrée ne soit plus une femme.

La diminution du plaisir sexuel, (réserve faite de deux cas de dyspareunie et de deux cas d'atrophie vaginale) a été précisée dans 4 de nos observations. Là encore la proportion est probablement plus importante. Il s'agissait de trois hystérectomies totales et d'une hystérectomie subtotale.

On ne peut donc guère conclure à ce sujet, les statistiques sont difficiles en pareilles matières.

Ajoutons que F. E. Walker a noté que souvent alors que pendant plusieurs années consécutives à l'opération le « niveau » de la sexualité est resté normal, il finit par baisser plus précocement que chez les femmes normales.

Jayle sur 31 cas trouve le désir diminué ou supprimé dans 1/3 des cas ; et le plaisir sexuel annihilé dans 5 cas, diminué dans un, augmenté dans quatre.

L'interdépendance des glandes endocrines, et l'« érotisation » du système nerveux peuvent, peut-être, expliquer ces cas « d'augmentation » après castration ; et effectivement dans deux de nos cas où il y avait « diminution » il s'agissait de femmes très jeunes, l'une ayant été castrée à 17 ans.

Dans trois de nos cas il y aurait eu augmentation du plaisir sexuel mais il s'agissait de deux pyosalpinx et d'une salpingite avec adhérence et nous pensons qu'il existait une dyspareunie plus ou moins marquée avant l'intervention.

Enfin rappelons que chez les animaux la cas-

tration empêche le rut et l'acceptation du mâle mais que cet effet est moins manifeste quand la mutilation est pratiquée après la puberté. Si l'on écarte l'idée d'extirpation incomplète des ovaires on pourrait là aussi parler d'érotisation du système nerveux.

Cette « éducation des sens » doit, vraisemblablement, avoir une beaucoup plus grande importance chez la femme.

La conclusion que l'on devrait tirer est que la castration doit être surtout redoutée, à ce sujet, chez les femmes jeunes et plus particulièrement chez celles dont « l'histoire sexuelle » a été brève.

3. — *Le système nerveux*

En dehors des douleurs diverses que l'on peut d'ailleurs souvent rattacher à des rhumatismes articulaires, osseux ou musculaires, en dehors des céphalées qui accompagnent les bouffées de chaleur ou qui surviennent isolément ; certains troubles et particulièrement l'hypertension artérielle ont été rapportés à une activité anormale du sympathique.

Crainicianu a étudié (utilisant la méthode de Danielopolu et Carniol) les relations entre la sécrétion ovarienne et le tonus du système végétatif, il dit que la castration complète amène un abaissement du tonus végétatif pour les deux systèmes ; qu'en particulier le tonus du vague peut s'abaisser jusqu'à zéro et que l'on peut avantageusement trai-

ter ces femmes par le lactate de calcium à doses massives (10 grammes par jour) parce qu'il s'agit d'un tonique nerveux à prédominance sympathique.

Laignel-Lavastine, lui, considère que l'absence d'ovaires, en principe, augmente le tonus du vague.

Nous avons recherché chez nos opérées le réflexe oculo-cardiaque qui était tantôt augmenté, tantôt inchangé.

Il est possible, comme le dit H. Vignes, que suivant l'état antérieur des femmes il y ait prédominance de la réponse sympathique ou parasympathique.

d) TROUBLES DES CARACTÈRES SEXUELS SECONDAIRES

Nous n'avons pas perçu à l'examen de nos opérées de modifications notables à ce sujet. Sans doute certaines femmes présentaient-elles un certain degré de pilosité faciale mais il était difficile d'en rattacher nettement l'origine à la castration.

L'opinion des auteurs est en général, que les caractères secondaires sont peu modifiés ; déjà Puech en 1873 les avait recherchés en vain.

Les seins sont cependant atrophiés en général ; chez d'autres, au contraire, l'accumulation de la graisse les rend opulents.

La voix ne nous a pas paru modifiée.

Dans l'ensemble, comme dans la ménopause spontanée, l'aspect de la femme est peu modifié. Le

type « hommasse » dont Maranon a parlé semble rare. Et l'on sait depuis les travaux de Pézard, de Lipschutz que, tout au moins dans l'espèce humaine, le type indifférencié est un type proche du type féminin.

B. -- Groupe des malades ne présentant aucun trouble ou des troubles très légers de ménopause artificielle

Ce groupe comprend 27 anciennes opérées ; 27 sur 46.

Parmi ces 27, comme nous l'avons déjà dit, 14 ont plus de 38 ans. Bien qu'elles ne fussent pas encore ménopausées au moment de l'opération on peut penser que leur fonction ovarienne commençait à faiblir.

Nous avons vu que toutes, sauf trois, ont eu des bouffées de chaleur, mais aucune n'a présenté de modifications notables du caractère.

Il reste surtout un groupe de 13 femmes chez lesquelles nous allons rechercher les causes possibles de cette abstention.

Chez huit d'entre elles nous croyons pouvoir expliquer l'absence des troubles par la destruction partielle, antérieure, des fonctions ovariennes :

4 étaient atteintes de pyosalpinx tuberculeux.

3 de lésions kystiques bilatérales.

1 de tumeur solide des deux ovaires.

Ces 8 malades ont d'ailleurs présenté des bouffées de chaleur mais peu marquées et ayant diminué, chez toutes, très rapidement ; par contre il n'existait pas de modifications psychiques notables chez aucune d'entre elles.

Chez 3 autres malades nous avons mis en évidence qu'il existait avant l'opération des troubles importants de la menstruation :

Là première Mme C..., 27 ans, opérée pour salpingite était réglée tous les deux ou trois mois ; le flux menstruel était non seulement irrégulier mais aussi particulièrement peu abondant, et de très courte durée (24 à 36 heures). Chez elle la menstruation avait toujours été irrégulière et insuffisante mais elle l'était encore plus depuis sa dernière grossesse qui remontait à six ans. Soignée en vain médicalement pendant 2 ans par les moyens les plus variés elle ne fut guérie que par l'opération. Elle n'a eu après l'intervention que très peu de bouffées de chaleur, ne souffre plus, a repris son poids, se sent bien, moins nerveuse qu'avant et se déclare particulièrement satisfaite de l'intervention.

La deuxième, Mme P..., présentait également des règles irrégulières dans leur date, dans leur durée et dans leur abondance : tantôt de véritables hémorragies, tantôt « à peine quelques gouttes de sang » : véritable anarchie de la fonction menstruelle.

Enfin, chez deux malades, l'une âgée de 29 ans, opérée en 1919 pour salpingite, l'autre âgée de 20 ans opérée il y a 6 mois pour pyosalpinx, nous n'avons pu trouver aucune cause clinique expliquant l'absence presque complète (à peine quelques bouffées de chaleur peu intense) des troubles de castration chirurgicale.

Que peut-on conclure de ces treize observations ? Peut-on prévoir, avant l'opération, l'importance des troubles que l'on va peut-être créer ?

ESSAI DE PRONOSTIC DES TROUBLES GÉNÉRAUX DE LA CASTRATION CHIRURGICALE

A. — AVANT L'OPÉRATION

Les auteurs qui ont étudié les différentes opérations conservatrices concentrent, généralement davantage leur attention sur les contre indications de ces interventions que sur leurs indications.

L'on conçoit d'ailleurs parfaitement la nécessité d'une prudence, même excessive dans le choix des fonctions à conserver et particulièrement de la fonction ovarienne qui nous occupe ici.

« Il serait inadmissible, dit Rouffard, que la suppression des ennuis de la ménopause artificielle ne fut obtenue que par les opérations à pronostic aggravé ». On comprend donc que l'on commence, dans cette question, par étudier les contre indications.

Reste les indications.

G. Massabuau et Guibal rapporteurs au Congrès de Gynécologie de 1933, disaient : « Avant de saisir son bistouri le chirurgien peut réunir des arguments utiles, pressants même, et ces indications générales sont d'un grand prix. Mais sa résolution définitive ne peut être prise que le ventre ouvert, face à face avec les organes et leurs lésions ».

Par contre, au cours de la discussion, M. Siredey insistait sur la difficulté « d'apprécier la valeur des ovaires quand on les a sous les doigts ». « Que

de fois assistant à une opération ai-je entendu le chirurgien me dire : je laisse des ovaires remarquablement sains ; et la présence de ceux-ci ne mettait pas toujours les malades à l'abri des réactions formidables. Plus souvent encore on m'a dit : les ovaires sont tous scléreux, parmi de petits kystes qui vont se développer, je laisse avec effroi un minime fragment de chacun d'eux ; et les malades ultérieurement n'ont présenté que des malaises insignifiants ».

« Je voudrais être sûr dit Monod de n'avoir jamais entendu le chirurgien s'enquérir, après ouverture du péritoine, de l'âge de la malade ni de l'état de ses dernières règles ».

« Nous opérons souvent à pile ou face ; nous conservons en totalité ou en partie sans trop savoir pourquoi » G. de Rouville et Mocquot.

*
* *

L'âge de la malade dans ce chapitre pronostic, nous paraît être un élément fondamental ; nous avons vu que sur 46 observations 14 femmes étaient âgées de plus de 38 ans au moment de leur opération et pas une d'entre elles n'a souffert des troubles de la castration. La « barrière raisonnable » pour les interventions conservatrices est en général située à 40 ans, d'autres estiment qu'on peut aller au delà, et que la conservation est encore légitime au moment de la ménopause, même après. L'examen

de nos anciennes opérées ne nous fait pas partager cette dernière opinion.

La nature et l'importance des lésions en cause sont avec l'âge, les éléments les plus importants du pronostic. Sans doute aucune réponse définitive ne peut-elle être donnée à cette question, avant l'ouverture du ventre, mais l'enquête clinique permet déjà une opinion confirmée d'ailleurs en général par la laparotomie. « Plus l'ovaire sera lésé, moins les troubles consécutifs à la castration seront graves. »

Les fibromes utérins qui laissent intacts les ovaires et leurs fonctions sont considérés, en général, comme étant à l'origine, après castration, de plus de troubles que n'en créent les lésions annexielles. Nous n'avons pas retrouvé cette impression en revoyant nos malades. Sur les 19 qui présentaient des troubles appréciables, 2 seulement avaient un fibrome; l'une avait 34 ans, l'autre 26 ans; et encore pour cette dernière, opérée pour métrorragie, le protocole opératoire porte-t-il simplement « utérus fibromateux ». L'âge du fibrome est dans la majorité des cas égal ou supérieur à 40 ans. Il nous a semblé, que pour eux, l'âge prenait le pas sur la nature de la lésion.

Les salpingo-ovarites qui touchent les femmes jeunes étaient la cause de l'intervention dans 17 cas sur 19. Nous n'avons pas distingué parmi eux les annexies blennorragiques, des annexites streptococciques, mais rappelons que dans les premières, clas-

siquement, les lésions sont habituellement discrètes et bilatérales alors que dans les deuxièmes elles sont plus volontiers, importantes en apparences, mais surtout péritonéales et souvent unilatérales ; un ovaire restant sain sous les adhérences.

La tuberculose annexielle, différents auteurs y ont insisté, frappe très souvent les fonctions ovariennes. Nous avons dit que sur 13 malades qui ont évité les troubles de la castration quatre étaient atteintes de pyosalpinx tuberculeux. Les femmes le plus souvent, sont aménorrhéiques et stériles d'une façon définitive, et la chirurgie conservatrice ne peut rien attendre de ces cas. Par contre, pour d'autres auteurs, les interventions conservatrices pourraient être curatrices, dans certains cas de la stérilité et de l'aménorrhée. Mais ces cas doivent être bien difficiles à trier.

Le diagnostic *d'ovarites scléro-kystique* est rarement fait avant l'opération et pourtant on le trouve souvent noté sur les protocoles opératoires, correspondant d'ailleurs à des symptômes les plus divers : dysménorrhée, appendicite chronique, ptoses, spasmes intestinaux, métrorragies. Diagnostic trop souvent fait, disent certains, en tous cas, il semble que dans cette affection les fonctions ovariennes soient touchées d'une manière inconstante et avec une gravité très variable. Deux de nos malades qui souffraient de troubles assez prononcés étaient atteintes de salpingite kystique bilatérale. 

Les *tumeurs bénignes* de l'ovaire doivent être

examinées soigneusement au cours de l'intervention puisque pendant une longue durée de leur développement, elles refoulent sans la détruire, une lame de parenchyme ovarien susceptible d'être conservée. Mais à la longue l'ovaire est détruit. Dans une de nos observations l'hystérectomie a été faite pour tumeur solide bilatérale et l'opérée n'a présenté aucun trouble.

Ainsi par la nature et l'importance des lésions en cause peut-on déjà inférer des fonctions ovariennes et, par conséquent des troubles qui résulteront de leur destruction brutale.

La menstruation des malades doit également retenir l'attention ; nous avons vu que chez trois de nos anciennes hystérectomisées presque indemnes de tous troubles de castration, cette fonction était notablement perturbée. Il est donc utile de faire préciser le rythme, l'abondance et la durée des règles. Certes l'insuffisance menstruelle et même l'aménorrhée peuvent être compatibles avec des fonctions ovariennes conservées, et certains accoucheurs ont rapporté des observations de grossesse chez des femmes non réglées ; mais il n'en est pas moins vrai que ces faits relèvent souvent d'une insuffisance du stimulus ovarien. Tantôt l'ovaire est resté au stade infantile, tantôt il est sclérosé, ainsi qu'on le voit à la face terminale des ovarites sclérokysiques, ou à la suite de diverses maladies locales ou générales. Tantôt l'ovaire est inhibé par une maladie générale : tuberculose, syphilis, congénitale ou acquise, paludisme, brightisme alcoolisme, base-

dow, diabète. Dans une observation citée plus haut, nous avons rapporté l'histoire d'une malade qui attendit deux ans le secours chirurgical : sa menstruation particulièrement déficiente aurait peut-être pu justifier une intervention beaucoup plus précoce.

*
* *

Un examen général peut souvent utilement compléter cette enquête.

Le tempérament, la constitution, le psychisme des femmes doivent être précisés. Les antécédents collatéraux peuvent même avoir leur intérêt.

Une de nos malades, Mme D..., âgée de 33 ans, opérée il y a 4 ans fut assez gênée après son opération, mais les troubles s'améliorèrent notablement et actuellement elle se sent beaucoup mieux. « Dans ma famille, précise-t-elle d'elle même, vers 36 ou 37 ans on n'est plus réglée » et elle attribuait (peut-être avec une certaine part de vérité) son amélioration à cette notion d'hérédité.

Il faut également rechercher la possibilité d'une hyperthyroïdie, même légère. Différents auteurs ont insisté sur l'aggravation qu'apporte souvent la castration à la maladie de Basedow : chez une de nos opérées cette aggravation fut incontestable.

Mme M..., opérée il y a 5 ans pour double pyosalpinx avait un petit goître qui fut remarqué ainsi que sa nervosité avant l'opération. M. Lenormant craignant chez cette basedowienne l'exagération de

ses troubles conserva l'ovaire gauche. Malheureusement cette conservation ovarienne fut sans effet et l'hyperthyroïdie s'aggrava brusquement après l'opération. Actuellement le goitre est très développé, les symptômes oculaires, la tachycardie, les crises de diarrhée et d'amaigrissement attestent une maladie de Basedow en évolution.

Enfin la situation sociale, familiale, le milieu de la malade peuvent être également utilement considérés ; surtout quand la prophylaxie de la ménopause est associée au souci de la fécondité.

B. — APRÈS L'OPÉRATION

Quand les troubles se sont installés il est difficile de prévoir leur durée et leur importance future.

Leur association est variable ; cependant il semble que l'absence de bouffées de chaleur comporte l'absence de tout autre trouble. Dans nos observations les 3 malades qui n'en éprouvèrent pas étaient restées indemnes d'obésité et de modifications psychiques.

D'autre part les auteurs, M. Paillard en particulier ont noté que certaines femmes faisaient de l'adipose et d'autres de l'hypertension ; les deux troubles, coexistant rarement chez la même malade. Les femmes jeunes feraient de l'adipose, les femmes âgées de l'hypertension.

Les troubles une fois installés, il est difficile de leur faire un pronostic de durée. Si, comme nous

l'avons dit, les bouffées de chaleur disparaissent en 18 mois à 2 ans, les modifications psychiques paraissent ne pas devoir s'améliorer rapidement. Certains auteurs ont même décrit leur recrudescence qui surviendrait à l'âge de la ménopause naturelle.

Enfin il reste un élément pronostic dont nous n'avons pas encore parlé et que l'on peut toujours espérer après l'opération : c'est l'éventualité d'un *ovaire supplémentaire* ; M. Paillard écrit à leur sujet : « Il ne faut pas négliger l'existence possible d'ovaires accessoires inclus dans le ligament large, dans le tissu sous-péritonéale ou en des endroits plus distants. Avec quelle fréquence et quelle importance ces ovaires accessoires interviennent-ils pour entretenir la fonction interne de l'ovaire ? Je ne le sais nullement, mais je crois que la question vaut la peine d'être envisagée. « Le volume de ces ovaires accessoires varie d'un grain de mil à une lentille on les rencontre dans 4 % des cas lorsqu'on les recherche systématiquement (Rieffel) et il est probable que la recherche la plus systématique n'arrive pas à les mettre tous en évidence ».

Cornil et Fiolle, de Marseille ont prouvé que ces ovaires surnuméraires pouvaient après castration chirurgicale subir une reviviscence ou une évolution pathologique ; ils ont fait une étude très détaillée de la question au point de vue anatomique, endocrinien et biologique.

Ces ovaires supplémentaires expliquent peut-être l'absence de troubles chez nos deux malades pour lesquelles nous avons recherché, en vain, une explication clinique. 2 sur 46 représentent un peu

plus de 4 % chiffre voisin des 4 % d'ovaires accessoires trouvés par M. Rieffel.

La présence de ces ovaires accessoires explique peut-être également l'apparition retardée des troubles.

Chez une de nos malades ils ne sont survenus, assez brutalement, qu'un an après l'opération.

Peut-être peut-on penser dans ces cas, que la glande surnuméraire, après avoir suppléé pendant un temps à l'absence d'ovaires meurt plus ou moins rapidement par défaut de vascularisation ou pour toute autre raison. On peut d'ailleurs également invoquer l'extirpation incomplète des ovaires ; la parcelle restante se comportant comme un ovaire accessoire.

En tout état de cause la possibilité d'un début retardé des troubles doit toujours être envisagé dans l'établissement du pronostic après l'opération.

On voit donc que le pronostic, tant après qu'avant l'opération, reste difficile.

Enfin, rappelons que le prélèvement endo-utérin d'un fragment de muqueuse, suivi de son examen histologique, permet d'après l'aspect des follicules, de dire (dans une certaine mesure) si la fonction ovarienne est ou n'est pas interrompue. Kauffman a utilisé cette méthode, les physiologistes qui titrent la follicule s'en servent chez les animaux. Un auteur hongrois : Bela Lürinez étudiant « l'électro-aspirateur en gynécologie » dit s'être servi de cet appareil pour contrôler chaque jour (et même 3 fois par jour) l'action d'un traitement hormonal.

Il y a peut-être là une méthode à employer

plus souvent. Peut-être plus tard, aurons-nous à notre disposition un dosage de la fonction ovarienne qui nous permettra de prévoir exactement les troubles que l'on va créer par l'hystérectomie ?

Il n'en est pas moins vrai qu'actuellement avant l'opération on peut réunir des données utiles qui guideront et aideront le chirurgien.

« Le ventre ouvert il est souvent trop tard pour recueillir des renseignements précieux. Y pense-t-on assez ? » (Massabuau et Guibal).

LA THERAPEUTIQUE

QUE PEUT LA THÉRAPEUTIQUE PRÉVENTIVE ?

C'est étudier là toute la chirurgie conservatrice et le problème des greffes ovariennes. Nous serons brefs sur ces sujets : ils sortent du cadre de notre travail et ont d'ailleurs été longuement exposés lors du dernier congrès de gynécologie.

MM. Massabuau et Guibal concluaient : « Pour mettre la malade sûrement à l'abri des troubles de la ménopause artificielle, il suffit en principe d'un fragment minime d'ovaire ; mais la conservation de l'ovaire *seul* doit être considérée comme risquée et insuffisante ; il faut au maximum respecter les organes voisins pour que son irrigation soit intégralement ménagée ; il faut autant que possible conserver l'utérus ou un segment d'utérus pour que la synergie utéro-ovarienne ne soit pas troublée. Si

les conditions locales ou l'altération de l'ovaire font paraître sa conservation *in situ* précaire ou dangereuse, mieux vaut la greffer ; mais l'apparition des troubles de la ménopause risque davantage d'être seulement retardée ; ou la préservation incomplète.»

Nous nous excusons de la longueur de cette citation, elle nous est apparue importante.

L'étude de nos opérées ne nous permet guère d'apporter un argument à la question ; car quatre d'entre elles seulement, conservaient un ovaire.

Chez deux de ces opérées, l'opération conservatrice fut sans effet ; il s'agissait de deux salpingites l'une d'entre elles étant la basdowienne dont nous avons rapporté plus haut l'observation.

La troisième avait été castrée à 45 ans pour fibrome, ce qui ne permet pas de conclure.

La quatrième par contre a une valeur expérimentale. Mme E. B..., 34 ans, opérée en décembre 1933 pour fibrome avec conservation des deux annexes : aucun trouble à la suite de cette intervention. Mais un mois après souffrant du ventre elle revint consulter ; elle fut réopérée en mars 1934 : le protocole opératoire ne dit pas si les ovaires avaient subi une transformation kystique. Toujours est-il qu'aussitôt après la deuxième opération la malade ressentit de fortes bouffées de chaleur et que son caractère se modifia profondément.

QUE PEUT LA THÉRAPEUTIQUE CURATRICE ?

Toutes les malades que nous avons revues avaient été soignées. Certaines suivent quelques prescriptions hygiéniques (régime, douches, massages), qui semblent les améliorer.

D'autres sont régulièrement saignées et disent éprouver un certain soulagement de cette pratique.

La plupart sont soignées par l'usage périodique de différentes préparations d'extraits d'ovaires, totaux ou partiels. Il ne nous a pas semblé que cette thérapeutique opothérapique ait amélioré notablement celles qui étaient gênées ; il est vrai que le traitement était en général irrégulièrement suivi et surtout tardivement institué.

M. A. Van Cauwenberghe conclue en Octobre 1933 au sujet de ce traitement : « les troubles de la ménopause chirurgicale sont ou bien essentiellement vaso-moteurs, ou rhumatismaux et alors le traitement est réellement efficace ou bien ce sont des troubles nerveux et psychiques, et alors l'amélioration est plus aléatoire.

Le traitement hormonal donne les meilleurs résultats dans les conditions suivantes :

1° Lorsque le traitement est entrepris très tôt, si possible au sortir de la clinique.

2° Lorsque la malade n'est plus trop jeune.

3° Lorsqu'on applique des doses petites et fréquentes, 8 à 10 jours par mois, au moment correspondant aux règles, et cela pendant de longs mois, avec ou sans interruption d'après les cas.

4° Lorsqu'on a recours aux injections intramusculaires.

5° Lorsqu'on ajoute au traitement hormonal simple ou associé, un traitement médicamenteux, physique et psychique.

Nous basant sur ces conclusions nous avons traité toutes les anciennes opérées revues.

Un traitement hormonal a été institué pour chacune d'elles. Tenant compte de la divergence d'opinion au sujet des doses nous les avons variées, suivant les malades, allant de 500 à 20.000 u-i par mois. Nous avons utilisé l'hormone ovarienne sous différentes formes : extraits totaux, folliculine cristallisée, benzoate de folliculine.

Nous avons ajouté dans certains cas, les extraits thyroïdiens surrénaux et hypophysaires, ainsi que l'extrait testiculaire. Rappelons au sujet de ce dernier le beau résultat obtenu par Logre dans un cas de neurasthénie après castration chirurgicale.

Nous nous proposons de donner ultérieurement les résultats de ces tentatives thérapeutiques.

D'autre part il est probable, ainsi que le notent différents auteurs, que le traitement agit d'autant mieux qu'il est institué d'une façon plus précoce. Nous traitons actuellement dans le service de M. Wilmoth un deuxième groupe d'opérées ; en instituant le traitement opothérapique aussitôt après l'opération et en employant là encore des doses et des préparations différentes de folliculine ; associant, autant que nous le pouvons, à ce traitement hormonal « le traitement médicamenteux, physique et psychique ».

Au point de vue psychique il est certainement utile de rassurer les malades, de leur montrer qu'elles ne sont point diminuées ; (comme on ne manquera pas de le leur faire croire), qu'elles sont normales à tout point de vue et, qu'en dehors de la maternité elles sont restées femmes. « Doit-on le dire ? » A-t-on pu écrire ; en tout cas avec certaines précautions.

Certaines malades s'abstiennent de tous rapports pendant plusieurs mois après l'opération ; on sait que l'on a au contraire insisté sur la reprise précoce des rapports sexuels ou à leur défaut sur l'utilité d'un traitement tôt institué, d'extraits testiculaires.

Plus tard, avec un recul suffisant nous comparerons les résultats obtenus dans ces deux groupes d'opérées. Peut-être éviterons-nous à certaines des dernières, quelques-uns des troubles de la ménopause anticipée.

DEUXIÈME PARTIE

Troubles locaux consécutifs à l'hystérectomie abdominale totale et subtotale

Nous étudierons les troubles locaux, organe par organe. En effet :

LE COL RESTANT APRÈS LES SUBTOTALES.

LES OVAIRES CONSERVÉS.

LES VOIES URINAIRES.

LE VAGIN.

Peuvent être à l'origine de lésions diverses.

1. — ALTERATIONS DU COL RESTANT APRES HYSTERECTOMIE SUBTOTALE

A. — MÉTRITE

27 de nos anciennes opérées après hystérectomie subtotale, avaient des pertes blanches, et sept, soit 25 % présentaient des lésions de métrite du col.

Mais il faut ajouter que sur 19 femmes hystérectomisées « totalement », six avaient des pertes blanches. Soit 33 %.

Sur les sept cas de métrite, cinq avaient été opérées pour salpingite et avaient des pertes blanches avant l'opération ; deux autres avaient été opérées pour fibrome.

Ces métrites sont assez rebelles à la thérapie-

tique gynécologique. Les injections, pansements, cautérisations, agents physiques semblent donner de moins bons résultats que dans les métrites des non opérées.

Les malades qui en souffrent peuvent donc paraître lésées par rapport à celles qui ont subi l'hystérectomie totale.

Un autre argument renforce cette hypothèse : c'est la possibilité de contamination vénérienne ; une cicatrice vaginale semblant moins vulnérable vis à vis de certains microbes, le trépomène en particulier. Le risque est d'autant plus grand que la femme prend en général des précautions d'hygiène, moins grandes qu'avant l'opération. La question est d'un certain intérêt chez les prostituées qui fournissent un notable contingent à la clientèle gynécologique hospitalière.

B. — *CANCER DU COL RESTANT*

Le petit nombre de malades revues ne nous permet pas d'apporter aucun argument à cette question encore très discutée et dont la bibliographie est particulièrement abondante.

A la Société de Chirurgie elle revient périodiquement depuis les rapports de Richelot (1903) et de Chaput (1910).

M. Robert Monod y a consacré deux rapports : l'un en mars 1926 à propos d'une observation de MM. Jeanneney et Chavannais, l'autre en mai 1930,

en commentant un cas de M. Georges Ferry de Strasbourg.

Ce qui frappe à la lecture de ces deux rapports c'est que l'auteur, en quatre ans, change diamétralement d'opinion.

En effet, dans son travail de 1926 M. Robert Monod, après avoir rapporté de très nombreuses statistiques, et remarqué le petit nombre des cas observés (85) conclut en disant :

« La seule prophylaxie possible serait donc de pratiquer systématiquement l'hystérectomie totale.

Mais la fréquence de ces complications est-elle si grande qu'elle doive imposer la totale, opération plus longue, souvent plus meurtrière ? Nous croyons que l'on peut sans trop de risque d'erreurs affirmer que la proportion des cancers du col chez les hystérectomisées n'est pas plus élevée que la proportion du cancer du col chez les non hystérectomisées et, dans ces conditions la crainte du cancer du col restant ne devra pas à notre avis trop fortement peser sur notre conduite ».

Quatre ans après M. Monod, à propos d'un cas de cancer sur col restant, déclare :

« On peut regretter que, se conformant aux conclusions de mon travail de 1926 M. Ferry n'ait pu pratiquer l'hystérectomie totale ».

A la suite du deuxième rapport de M. Monod de nombreux auteurs ont donné leur opinion :

Les uns MM. Sauvé, Dujarier, Brocq sont de l'avis des rapporteurs.

Par contre, MM. Lenormant, J.-L. Faure,

Schwartz, Forgue, Lapointe ne trouvent pas que ces cancérisations soient fréquentes.

M. J.-L. Faure les estime à 1 sur 500 et encore, dit-il, parmi ces cancers tous ne mourront pas, la moitié au moins guériront.

M. Schwartz montre que si, comme l'avait indiqué M. Monod, les cancers du col sont plus fréquents après hystérectomie pour fibrome, qu'après hystérectomie pour salpingite, c'est que le diagnostic de fibrome est trop souvent porté, à tort, en présence de métrorragie.

M. Lenormant ajoute la notion suivante : « En tous cas, et comme on vient de le dire, l'hystérectomie totale ne met pas sûrement à l'abri de cette complication. Pour ma part, je fais certainement plus d'hystérectomies totales que de supra-vaginales, hors je n'ai jamais vu, chez mes opérées, de cancer du col restant ; mais en revanche j'ai observé deux cas de cancer de la cicatrice vaginale après hystérectomie totale ».

A ce dernier argument M. Monod répond en rappelant que dès 1926 il avait fait une statistique comparative des cancers du vagin et des cancers du col après hystérectomie ; « j'avais trouvé, dit-il, trois cancers du vagin pour 80 cancers du col restant. Ces chiffres concordent bien avec le peu de fréquence du cancer du vagin en général ; car nous sommes tous d'accord pour reconnaître qu'en dehors même de l'hystérectomie, le cancer du vagin est beaucoup plus rare que le cancer du col utérin ».

On pourrait cependant, à ce sujet, faire remarquer à M. Monod que le cancer du vagin n'est pas le cancer de la *cicatrice* vaginale et que le traumatisme chirurgical et la modification apportée à la vascularisation de la muqueuse sont des faits qui ont peut-être leur importance.

La fréquence de la cancérisation du col restant est donc très difficile à déterminer.

La difficulté vient du fait que les opérées, quand elles présentent des troubles, ne reviennent pas nécessairement revoir le chirurgien qui les a opérées. Les Centres anti-cancéreux ont bien mis ce fait en évidence. En consultant les chiffres de quatre Centres, M. Monod a pu réunir rapidement 101 cas nouveaux, et il aurait pu pousser son enquête dans 10 autres Centres.

« La plupart des récidives sont maintenant drainées vers les Centres anti-cancéreux. Beaucoup d'entre vous ne se doutent pas que nous voyons dans nos Centres beaucoup de leurs opérées qui viennent nous trouver sans qu'ils le sachent ».

Voilà donc l'argument que l'on peut opposer aux chirurgiens qui jugent rare la cancérisation parce qu'ils n'en voient qu'exceptionnellement.

Par contre, à ceux qui les trouvent fréquentes on peut rappeler que « tout cancer du col survenant après une hystérectomie subtotale ne constitue pas un cancer du col restant ». Il convient en effet, d'éliminer les cas où la lésion utérine ayant nécessité l'hystérectomie était un cancer latent qui peut d'ailleurs coexister avec toute autre lésion.

Le temps écoulé entre la subtotale et le début clinique du cancer doit être précisé. Il est certain que les cancers survenant dans les six mois après l'hystérectomie (et le cas de M. Ferry en fait partie) peuvent à juste titre, être soupçonnés d'avoir pré-existé à l'intervention.

Une question se pose encore.

Le cancer est-il plus fréquent après hystérectomie pour fibrome qu'après les subtotaux pour salpingite ?

Deux tiers des cas disait M. R. Monod en 1926 ; peut-être, ajoutait-il, parce que le tiers restant correspond à des salpingites chez des femmes en général plus jeunes.

Par contre en 1930 Gelezkoff, dans une thèse, inspirée par le Professeur Villard de Lyon, trouve les cancers plus nombreux après hystérectomie pour salpingite et il en trouve la raison dans la fréquence des lésions métriques ulcéreuses coexistant souvent avec les infections annexielles.

*
* *

Enfin, quelle est la gravité de ces cancers sur col restant ?

En guérit-on la moitié ? comme le disait M. J.-L. Faure.

M. Lecène en 1926, insistait sur la grande difficulté de ces opérations pratiquées pour cancer sur le moignon de col après hystérectomie subtotale. « Les résultats immédiats ou éloignés, concluait-il, sont médiocres et pour ma part je prescris aujour-

d'hui la radiumthérapie qui donne, en général, des résultats certainement supérieurs à ceux de l'excision chirurgicale.

Que donne la radiumthérapie ?

Elle reste le traitement de choix pour M. Monod mais : « l'absence de cavité utérine, l'impossibilité de placer le foyer de radium dans le canal cervical rendent l'irradiation difficile et donnent moins de recul pour se protéger du péritoine et de la vessie. Les réactions péritonéales et vésicales sont plus intenses et plus fréquentes et les risques de fistules vésico-vaginales plus grands.

Il est plus difficile de guérir un cancer du col restant qu'un cancer du col sur un utérus complet, les statistiques publiées sont d'accord sur ce point ».

« Si on arrivait à nous prouver que, chez les femmes qui n'ont plus qu'un bout de col, le cancer est trois ou quatre fois plus fréquents que chez les autres la *conclusion* serait facile et en faveur de l'hystérectomie totale. — Lapointe.

Est-ce démontré ? Est-ce démontrable ?

Les statistiques, pour être concluantes devraient réunir deux conditions : elles devraient d'abord assembler un très grand nombre de cas ; elles devraient en outre porter sur la *totalité* des malades opérées par un ou plusieurs chirurgiens. Ce qui paraît bien difficile.

Sans doute a-t-on montré que le cancer du col restant était plus fréquent qu'on ne le pensait autrefois et les chiffres donnés par les Centres anti-cancé-

reux y ont beaucoup contribué : ceux de Mme Simonne Laborde et Alice Roques entre autres montrant que sur 379 cas du cancer du col, 3 % étaient des cancers du col restant. Mais à combien d'hystérectomie subtotala correspondaient-ils ? Et peut-on, par ailleurs, donner un pourcentage exact des cancers du col chez les femmes non opérées ?

Sans doute la conservation du col comporte-t-il un risque, encore que ce risque soit bien diminué par l'examen soigneux du col avant l'opération et par un triage attentif des cas où l'on pratique l'hystérectomie subtotala.

2. — LES OVAIRES CONSERVÉS

LES DOULEURS. — LES KYSTES PELVIENS

Nous avons vu que quatre seulement de nos malades revues avaient conservé un ovaire, l'une d'entre elles ayant dû être réopérée deux mois après la première intervention, parce qu'elle souffrait.

Les douleurs survenant ainsi après conservation d'ovaire sont-elles fréquentes ?

Certains opérateurs qui pratiquent un grand nombre d'interventions conservatrices ne les signalent qu'assez rarement. Hoffmann qui a publié une étude de 246 anciennes hystérectomisées avec, chez toutes, conservation d'un ou de deux ovaires, n'en parle pas, de même pour Kraul de Vienne qui a étudié 182 cas.

Par contre, M. Villard qui pratique un grand nombre d'opérations conservatrices puisque sur 1.194, 693 l'étaient ; déconseille la conservation de

l'ovaire seul, parce qu'inutile, et parce que pouvant être la cause d'altérations kystiques et même de dégénérescence cancéreuse.

Les défenseurs de ces opérations conservatrices attribuent les échecs à un mauvais choix des cas où l'on a conservé l'ovaire.

Pour eux, les douleurs peuvent être attribuées soit à des adhérences, soit à des ovaires scléro-kystiques conservés à tort.

Les adhérences peuvent être généralisées couvrant tout le petit bassin, rendant les réinterventions très pénibles, ou bien localisées, serrées autour de l'ovaire restant.

Dans les deux cas, il s'agit de pelvi-péritonite, de cas mal choisis pour la conservatrice.

On constate effectivement que les malades qui souffrent après la première intervention souffrent souvent encore après la deuxième. Ce fut d'ailleurs le cas de notre malade opérée deux fois et qui souffre encore actuellement.

D'autres fois, les douleurs persistent ne laissant point le repos aux malades et imposant la réintervention. Il s'agirait là encore de mauvais cas ; l'ovaire, polykystique avant l'intervention reprenant, après ; sa prolifération.

D'où l'intérêt de l'examen particulièrement attentif des ovaires au cours de l'intervention, mais nous avons déjà vu que cet examen était au fond assez aléatoire dans ses résultats et, de par ce fait même, la conservation d'un ovaire non comploter un risque certain.

Ce risque faut-il l'accepter ?

Il est bien difficile de conclure. Il s'agit de cas d'espèce. Rappelons cependant ici l'intérêt du pronostic préopératoire des troubles de la ménopause anticipée et ajoutons que M. Lenormant conserve un ovaire dans 5 % des cas en moyenne.

Un autre danger, mais celui-là exceptionnel, auquel expose encore la conservation d'un ovaire après hystérectomie est la possibilité de grossesse.

On peut en citer trois cas, outre celui de Kaerberlé en 1864.

Celui de Jaboulay en 1899 où l'on trouva un enfant vivant de six mois et demi, le placenta s'étant inséré sur la paroi abdominale.

Celui de M. Robineau qu'il présente à la Société de Chirurgie en 1920. Là le placenta était fixé sur la face postérieure de la vessie. On trouve un fœtus de 9 centimètres.

Enfin celui de Mlle Dallion.

Dûs à une péritonisation défectueuse ces trois cas de grossesse furent opérés et guérirent.

L'ablation des ovaires au cours des hystérectomies ne met d'ailleurs pas à l'abri des formations kystiques qui peuvent toujours se développer dans le petit bassin.

L'attention fut attirée sur elles depuis le rapport de Le Dentu au Congrès de Chirurgie de 1891 et les études de Dartigues sur les « cysto-hématomes menstruels post-opératoires » en 1907.

Plusieurs auteurs ont ensuite repris la ques-

tion : Chaliér et Tixier à Lyon, Gillet dans la Revue Médicale Française, H. Marie dans un travail d'ensemble en 1933.

Ce qu'il y a de particulier dans ces kystes pelviens, (habituellement annoncés par une reprise de douleurs ou par l'apparition de petits signes de compression pelviennes) c'est leur origine ovarienne dans presque tous les cas.

Lecène l'expliquait par la persistance, après une intervention difficile avec adhérences multiples d'un fragment de tissu ovarien, parfois infime, servant de base au kyste ultérieur.

Une autre hypothèse invoque le rôle d'ovaire accessoire surnuméraire.

Au point de vue thérapeutique, la réintervention permet, dans la plupart des cas d'enlever par clivage, en totalité, la masse kystique adhérente aux organes voisins : colon sigmoïde, vessie, péritoine du petit bassin, moignon du col utérin. Plus rarement le kyste se trouve situé sous le péritoine entre les deux feuillets du ligament large. Dans d'autres cas, moins favorables, le clivage est impossible à réaliser, la poche se rompt et on est réduit à enlever fragment par fragment les parois de la poche. Dans ces circonstances les récidives peuvent se produire ; récidives traitées utilement par la radiothérapie (Chaliér. Brocq).

3. — LES URETERES

Les hystérectomies comportent également des lésions, rares à la vérité des uretères.

Il s'agit de rétrécissement.

M. Chevassu en 1928 en a montré un cas à la Société de Chirurgie. Le rétrécissement était bien mis en évidence par l'urétrographie.

M. Mocquot en 1930 en a publié un autre cas qui était resté complètement latent pendant 6 ans et qui fut curieusement découvert lors d'une intervention pour cancer du rein.

L'uretère était considérablement augmenté de volume, gros comme l'index, au-dessus d'un rétrécissement situé au niveau de la ligature du pédicule utéro-ovarien.

A ce niveau l'uretère était enveloppé dans un tissu cicatriciel peu étendu et peu serré, le petit bassin était, par ailleurs, libre d'adhérence.

M. Mocquot en concluait d'une part que la sténose était probablement plus fréquente qu'on ne le pensait généralement, d'autre part que son éventualité devait conduire à des précautions techniques rigoureuses.

4. — LE VAGIN

A. — *LES PROLAPSUS*

L'utilité du col utérin pour la statique pelvienne est souvent soulignée par les auteurs qui défendent l'hystérectomie subtotale .

Ils montrent que la destruction de l'insertion intérieure des ligaments sacrés doit nuire à la statique.

Par contre, les défenseurs de la totale insistent sur l'importance du bloc fibreux que forme la cica-

trice vaginale dans l'hystérectomie totale. Bloc fibreux inélastique et même rétractile nécessairement en rapport avec les anciennes surfaces de section. Ce moyen de soutien du vagin, ainsi reconstitué, doit donc être, en principe, aussi bon, sinon meilleur que n'était primitivement le tractus sacro-utéro-vaginal.

Quelle est pratiquement la fréquence de ces prolapsus ?

Là encore il est bien difficile de faire une statistique comportant *toutes* les malades opérées. Les évaluations des auteurs suivant qu'ils défendent la totale ou la subtotal, sont différentes. Escudié, dans sa thèse, cite le chiffre de 10 % et considère que ces prolapsus sont aussi fréquents après hystérectomie totale qu'après subtotal. Diamant-Berger trouve ce chiffre exagéré et dans sa thèse, à propos de 92 malades revues, donne le chiffre de 1 à 2 %.

B. — KRAUROSIS. — DYSPAREUNIE

Deux de nos anciennes opérées présentent un certain degré de kraurosis.

L'une fut castrée jeune, à 17 ans, en 1932 pour pyosalpinx (hystérectomie totale). Chez cette femme les rapports sexuels depuis l'opération provoquent de vives douleurs.

A l'examen on note que les petites lèvres, les grandes lèvres, le clitoris sont atrophiés ; la vulve est rouge. L'orifice vaginale rétréci rendant le toucher difficile.

Chez l'autre malade âgée de 33 ans le rétrécis-

sement est plus marqué encore, l'orifice vaginal admet à peine l'index. Les rapports sont impossibles. Chez elle les troubles ont débuté un an après l'intervention en même temps qu'apparaissent d'importants troubles généraux de ménopause artificielle.

Cette sclérose atrophique de la peau et de la muqueuse des organes génitaux externes, aboutissant à un rétrécissement progressif de l'entrée du vagin doit être relativement fréquente après hystérectomie. (Escudié, dans sa thèse, en cite deux cas.)

Cette sclérose peut survenir spontanément, mais la castration (ainsi que l'a montré Jayle) est souvent à son origine. On peut la rapprocher de celle, assez fréquente celle-là, observée après la ménopause spontanée.

Un traitement par des dilatations et l'opothérapie semble avoir amélioré un moment l'une de nos malades. Mais à la suite de la suspension du traitement, cette opérée est revenue avec un rétrécissement aussi accusé qu'antérieurement. Peut-être faudra-t-il, chez elle, procéder à l'excision, au bistouri, des tissus malades, ainsi que M. Lenormant le fit en 1928, également pour une ancienne hystérectomisée.

En dehors de ces deux cas, la dyspareunie n'a pas été observée plus de deux fois chez nos opérées. Une fois après hystérectomie totale, une fois après subtotale.

On peut donc conclure quant au mode d'intervention la produisant le plus souvent.

OPPOSITION ENTRE L'HYSTERECTOMIE TOTALE ET SUBTOTALE

Ces deux opérations ne semblent donc pas s'opposer considérablement par leurs résultats éloignés.

Certes, des éléments d'appréciation manquent encore, nous voulons dire, avant tout, la fréquence de la cancérisation du col restant après subtotal.

L'étude des suites éloignées permet d'autre part de mettre au désavantage de la subtotal les « ennuis » souvent prolongés de métrite du col ; et au désavantage de la totale la fréquence un peu plus grande des prolapsus vaginaux.

Par ailleurs, les deux opérations semblant « à égalité » quant aux fonctions sexuelles avec peut-être un léger avantage en faveur de la subtotal.

Enfin, il est un argument que l'on trouve rarement cité lors des fréquentes comparaisons entre ces deux opérations :

C'est l'utilité d'un fragment de muqueuse utérine quand on conserve un ovaire.

Pourtant, c'est une condition que l'on a montré indispensable au fonctionnement ultérieur de cet ovaire conservé et certains auteurs recommandent la supra-vaginale haute afin que la muqueuse utérine restante soit la plus importante possible.

Notre sujet nous permet de limiter l'étude de ces deux opérations à celle de leur résultat éloigné.

Leurs indications dépassent nettement le cadre de notre sujet et leurs techniques, notre compétence.

M. le Professeur Lenormant pratique à peu près également l'une et l'autre de ces deux opérations.

Considérée sur une période de onze années la mortalité globale de son service est de :

pour l'hystérectomie totale 4,3 %.

pour l'hystérectomie subtotale 3,7 %.

Si l'on précise ces pourcentages en séparant les annexites des fibromes, on trouve :

pour annexites :

3,4 % dans les totales,

5,5 % dans les subtotaes.

pour fibromes :

6,2 % dans les totales,

4,8 % dans les subtotaes.

On voit donc que la mortalité est dans l'ensemble moindre dans la subtotale que dans la totale ; il existe une différence de 0,6 % ; par contre, et ce point nous paraît intéressant à souligner, la mortalité est moins importante dans les hystérectomies totales quand il s'agit d'annexites. Les auteurs qui défendent l'hystérectomie totale ont souvent mis ce fait en évidence.

CONCLUSIONS

I. — Le résultat éloigné d'une hystérectomie avec ablation des ovaires, est presque entièrement subordonné à l'existence ou à l'absence des troubles de ménopause artificielle.

II. — Ces troubles, d'abord méconnus jusqu'en 1889, furent différemment appréciés suivant les époques.

A l'heure actuelle ils sont encore d'importance discutée.

III. — Les troubles vaso-moteurs, sous forme de bouffées de chaleur, sont presque constants ; ils sont transitoires, durant en général, de un à trois ans ; ils peuvent être gênants mais restent sans gravité ; leur absence semble coïncider avec l'absence de tout autres troubles.

IV. — Les modifications psychiques constituent les troubles les plus importants de la ménopause artificielle.

V. — Sur 46 opérées revues, 14 avaient plus de 38 ans ; aucune de ces 14 femmes ne présentèrent des troubles notables.

Sur 37 femmes de moins de 35 ans, 19, soit 51 % étaient notablement modifiées. 7, soit 19 % étaient particulièrement éprouvées.

VI. — Ces modifications psychiques sont surtout des troubles de l'humeur et de l'émotivité, et font plus de malheureuses que de folles.

VII. -- Les femmes jeunes exemptes de troubles importants ont, pour la plupart, avant l'opération, une fonction ovarienne perturbée.

VIII. — La fonction ovarienne peut être en partie appréciée avant l'opération.

Une enquête, qui comprend cette étude et un examen général de la femme doit permettre, dans une certaine mesure, la prévision des troubles.

IX. — La thérapeutique préventive comporte :

La conservation ovarienne de résultats inconstants.

Et la greffe d'ovaire.

La thérapeutique curatrice comporte, entre autre, les injections d'hormone ovarienne totale, et de folliculine. Les résultats sont difficiles à apprécier.

X. — Les troubles locaux après hystérectomie abdominale sont plus rares, différents suivant qu'il s'agit d'hystérectomie subtotale ou totale.

XI. --- Après hystérectomie subtotale le col restant présente parfois des lésions des métrites rebelles (25 % des cas).

XII. — La fréquence de la cancérisation du col restant après hystérectomie subtotale reste discutée.

XIII. — Après hystérectomie totale des prolapsus vaginaux peuvent survenir, mais assez rarement.

XIV. — Les résultats éloignés opposent moins ces deux opérations que leur mortalité opératoire.

Cette mortalité est plus grande pour les hystérectomies totales, en cas de fibrome.

Elle est plus grande pour les hystérectomies subtotaux, en cas d'annexites.

Vu : *Le Doyen*
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président de Thèse*
LENORMANT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

La bibliographie se rapportant à la *ménopause post-opératoire* est considérable. Nous renvoyons le lecteur, à son sujet, d'une part à la Thèse de Baron (Thèse de Paris 1931), on y trouvera, outre les références réunies par cet auteur, toute la bibliographie de M. Vignes ; d'autre part un rapport d eMM. Massabuau et Guibal, publié dans « Gynécologie et obstétrique », 3 septembre 1933.

ALTÉRATIONS DU COL UTÉRIN APRÈS HYSTÉRECTOMIE SUBTOTALE

- BONNEAU. — A propos de la suspension du col après hystérectomie subtotale. (Bulletin mem. Sté des chirurgiens de Paris, T. XX page 591).
- CAPUT. — Le cancer du col après hystérectomie subtotale (Société de chirurgie, 1910, page 798).
- LAROYENNE et MARION. — A propos d'un léiomyome malin survenu sur la cicatrice vaginale d'une hystérectomie totale pour fibrome (Lyon médic. 24 novembre 1929, page 617).
- PEYRE. — La dégénérescence cancéreuse du col restant après hystérectomie subtotale (Thèse de Toulouse 1927. 1928).
- ROBUISSON. — Traitement du moignon utérin après hystérectomie (am. gyn. obst. J. 1896, page 586).
- ROBUISSON. — Le moignon utérin après hystérectomie (Phila. M. J. 1899. page 1.421).
- SWAYNE. — Le traitement du moignon utérin après hystérectomie (Bristol M. chir. J. 1900, page 123).

CANCER DU COL DE L'UTÉRUS APRÈS HYSTÉRECTOMIE (Depuis 1920)

- AHUMADA. — Sur le cancer et la cancérisation du moignon cervical. (Le Prensa Medica Argentina an. XII, N° 9, 30 août 1925).
- J. DOR. — Le cancer du col restant. (Marseille Médical, n° 32, 15 novembre 1932).

- DUCUING. — Le cancer du col après hystérectomie subtotale pour fibrome. (Bulletin de la Société d'Obst. et de gynec. 17 : 785, 783, octobre 1928).
- FERRARI. — Le cancer du moignon cervical. (L'Algérie Médicale, n° 32, octobre 1929).
- G. FERRY. — L'Épithélioma du col restant après hystérectomie subtotale pour fibrome. (Strasbourg Médical 90 : 411-414, 25 June 1930).
- FLEISCHMANN. — Néo-formations malignes au niveau du moignon cervical après ablation de l'utérus. (Zentralbl. Gynäkologie, n° 4, 24 janvier 1925).
- FRANK. — Cancer du moignon cervical, métastase dans l'appendice. (Surgery, Gynecology and obst. Septembre 1932, page 334).
- E. GASNE. — Cancer du col utérin développé sur le moignon d'une hystérectomie subtotale pour fibrome. (La Consultation n° 48, décembre 1932, janvier 1933, page 235).
- GELEZKOFF. — Etude sur la fréquence de la cancérisation du moignon cervical après hystérectomie. (Thèse de Lyon, 1930-1931).
- GIGNOUX (F.), POLLOSSON (F.). — Development of cancer cervic-stump after subtotal hysterectomy. (Lyon Chirurgical 22 : 330-338, May, Juin 1925).
- GOGÉY, BROCCO, FAURE. — Discussion du cancer du col après hystérectomie supra-vaginale. (Bulletin de la Société D'Obs. et de Gynec. de Paris, n° 3, Mars 1928).
- GIGNOUX, POLLOSSON. — Des accidents survenus au niveau du moignon cervical après hystérectomie subtotale. (Lyon Chirurgical, T. 22, 1925, page 330).
- ISBRUCH. — Sur la dégénérescence cancéreuse du col à la suite de l'amputation sus-vaginale pour fibrome. (Zentralbl. f. Gynä. an. 50 n° 27, 3 juillet 1926).
- G. JEANNENAY. — Le cancer du col restant après hystérectomie subtotale. (Revue Française de Gynécologie et d'Obst. an. XXIV, n° 5, mai 1929, pages 273-282).
- JEANNENAY, CHAVANNAZ. — L'épithélioma du col restant après hystérectomie (Discours) (Bulletins et Mémoires de la société de chirurgie, 27 mars 1926, Rapport de M. Cadenat).
- L'épithélioma du col restant après hystérectomie (Discours) (Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie, T. 52, n° 11, 27 mars 1926, page 333).
- Mmes LABORDE, A. ROQUES. — Epithéliomas développés au niveau du col de l'utérus après hystérectomie subtotale, (Bulletin de la société d'obst. et de Gyne. 17 : 123, Février 1928).
- Epithéliomas développés au niveau du col de l'utérus après hystérectomie subtotale (Bulletin de l'association française pour l'étude du cancer. an. XX, Tome XVI, N° 9, Décembre 1927, page 828).

- Epithéliomas développés au niveau du col de l'utérus après hystérectomie subtotale. (Discussion.) (Bulletin de la Société d'Obst. de Gynec. de Paris, Février, p. 123 ; Mars, p. 203 ; Avril, p. 343, 1928.)
- LUCIEN MALLET. — La technique curiethérapique et radiothérapique des récidives du cancer du col de l'utérus après hystérectomie. (Archives d'électricité Médicale et physiothérapie du cancer, N° 580, Octobre 1932.)
- MAYO. — Carcinome du moignon cervical après hystérectomie subtotale. (Annals of Surgery, N° 6, Juin 1931, page 1215.)
- MOLFINO, BOERO. — Cancer du moignon du col utérin, sa prophylaxie. (Semana Med. N° 22, Tome XXXIX, 2 Juin, 1932.)
- Robert MONOD, PARIS. — La cancérisation du col après hystérectomie subtotale. (Bruxelles Médical, 3 Août 1930, page 1.087.)
- MONOD. — L'épithélioma du col restant après hystérectomie. (Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie, N° 25, 27 Juillet 1926.)
- PEYRE. — La dégénérescence du col restant après hystérectomie subtotale. (Thèse de Toulouse, 1927-1928, N° 23.)
— La dégénérescence cancéreuse du col restant après hystérectomie subtotale. (Thèse de Toulouse, 1927, 1928.)
- C. R. PINSAN. — La cancération du col après hystérectomie subtotale. (Strasbourg Médical, 25 Juillet 1930, page 460.)
- C. R. PINSAN. — La question de la cancération du moignon cervical après hystérectomie subtotale. (Strasbourg, 25 Octobre 1930, page 653.)
- POLAK. — Cancer développé sur le moignon cervical après hystérectomie subtotale pour fibrome. (New-York, Journal de Médecine, Tome XXI, 1921, N° 2, page 45 In : Journal de chirurgie. Tome XVIII, page 442.)
- E. POLLOSSON. — A propos de l'épithélioma du col restant après hystérectomie subtotale. (Lyon chirurgical, 27 : 697, 702, Septembre, Octobre 1930.)
- RAZEMON, CYSSAU. — Un cas d'épithélioma du col après hystérectomie subtotale pour fibrome. (L'Echo Méd. du Nord, N° 34, Août 1927, page 448.)
- RIOTTE. — Cancer du moignon cervical après hystérectomie subtotale. (Soc. d'Obst. et de Gynec. de Strasbourg, 2 Juillet 1921. In : Bulletin de la Société d'Obst. et de Gynec. de Paris, 1921, page 441.)
— Une observation de cancer du moignon après hystérectomie subtotale. (Société d'Obst. et de Gynec. de Strasbourg, 5 Novembre 1921, In : Bulletin de la Société d'Obst. et de Gynec. de Paris, 1921, page 714.)
- DE ROUVILLE. — Discussion sur le cancer du col après hystérectomie supra-vaginale. (Bulletin de la Société d'Obst. et de Gynec. de Paris, N° 4, Avril 1928.)

- SABRUCH. — Contribution à l'étude des carcinomes du moignon cervical après amputation supra-vaginale pour utérus myomateux. (Zentralbl. Obst. f. Gyn. 1926.)
- SHARPLES. — Carcinoma of cervical stump following supravaginal hysterectomy ; report of 2 cases with discussion of advisability of subtotal hysterectomy. (Am. J. Surg. 5 : 340-344, Octobre 1928.)
- G. CESAURO. — Cancer du col de l'utérus sur moignon d'hystérectomie subtotale. (Gynec. et Obst. 18 : 228-249, Sep.)
- VASILIN. — Etude sur la muqueuse du col utérin, envisagée dans ses rapports avec la cancération. (Association française, Cancer, 19 Juin 1922, page 395.)
- WALKER. — Recancerous lesions of cervix uteri. (J. Indian M. A. 1927, Janvier, page 1.)
- WERTHEIMER. — Hystérectomie subtotale, épithélioma du col. (Lyon Médical, 1925, page 634.)
- G. ZAMPA. — L'épithélioma del uterino dopo l'isterectomia subtotale per fibrioma. (Policlinico sez. Chir. 37 : 457-468, Septembre 1930.)

HYSTERECTOMIE AVEC CONSERVATION D'OVAIRES

- BROCC et Mlle DUPEUX. — Formation ovarienne développée dans le petit bassin, à la suite d'une hystérectomie. (Soc. d'obst. et de gynéc. Paris, 6 juin 1932.)
- Les formations ovariennes consécutives à l'hystérectomie. (Revue Médicale, oct. 1932.)
- Robert DUPONT et Roger LEROUX. — Kyste sous péritonéal après hystérectomie. (Bull. de l'Ass. française, pour l'étude du cancer. Tome XIII, N° 1, Janvier 1933.)
- C. et R. LÈVEN. — L'interprétation des symptômes douloureux consécutifs aux hystérectomies. (Presse Médicale, N° 91, 12 Novembre 1932.)
- Robert MARIE. — Kystes pelviens consécutifs à l'hystérectomie. (Bull. et mém. de la Société des Chirurgiens de Paris. Tome XXV, N° 3 et 4.)

COMPORTEMENT DES URETERES APRES L'HYSTERECTOMIE

- M. CHEVASSU. — Urétérographie rétrograde d'une oblitération urétérale basse génératrice d'hydronéphrose chez une ancienne hystérectomisée. (Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir. 54 : 1912, 17 Nov. 1928.)

- G. GIULIANI. — Restringimento e dilatazione dei due ureteri dopo isterectomia sub-totale. (Arch. Ital. di urol. 4 : 209-220. Février 1928.)
- A. MOUCHET. — Deux cas de fistules urétérales après hystérectomie. (Gynécologie Par. 1906. XI. 406-414.)
- W. WEIBEL. — Zur Behandlung der postoperativen nach Hysterektomie Ureterfisteln. (Zentralbl. f. gynäk. 56 : 2637-2650. 29 Octobre 1932.)
- P. MOCQUOT. — Sténose de l'Uretere consécutive à une hystérectomie. (Soc. de Chirurgie, 29 Janvier 1930.)

RESULTATS COMPARATIFS DES HYSTERECTOMIES TOTALES ET SUB-TOTALES

- C. P. BAUER. — Comparative study of convalescence of 150 selected cases of vaginal, supravaginal and total abdominal hysterectomy. (Am. J. Obst. et Gynec. 15 : 680-682, Mai 1928.)
- J. BRAINE. — Valeur et indications respectives des différents procédés d'hystérectomie, dans la pratique gynécologique. (Gaz. med. de France, pp. 81-86, 1^{er} Mars 1931.)
- COSTALES M. — La histerectomia total frente a la subtotal en los fibromas uterinos y ciertas lesiones anexiales. (Rev. Med. cubana, Habana, 1922, XXXII, 246-252.)
- M. DENIKER. — Totale ou sub-totale ? (Médecine 14 : 265-266, Avril 1933.)
- J.-L. FAURE. — Hystérectomie abdominale totale ou sub-totale. (Presse Médicale 4 : 65-66, 14 Janvier 1933.)
- E. FORGUE. — Hysterectomie abdominale, totale ou subtotal. (Presse Médicale 40 : 1461-1465, 28 Septembre 1932.)
- H.-M. NELSON. — Comparative study of complete and subtotal hysterectomy. (J. Michigan M. Soc. 28 : 860-863, Décembre 1929.)
- C. D. READ et A. C. BELL. — Hysterectomy subtotal and total review of mortality and morbidity of subtotal and total operations on series of 2.344 consecutive cases at Cheisea Hospital for women in 10 year period 1922, 1931, inclusive. (J. Obst. et Gynaec. Brit. Emp. 40 : 749-767, Août 1933.)
- DE ROUVILLE. — Hystérectomie totale ou sub-totale ? une opération conciliatrice ; l'évidement systématique du moi-gnon cervical. (Gynéc. et Obstét., Paris, 1920, I, 250-254.)

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	13
------------------------	----

PREMIÈRE PARTIE

TROUBLES GÉNÉRAUX DE LA MÉNOPAUSE CHIRURGICALE	15
CHAPITRE PREMIER. — Historique	17
CHAPITRE II. — Etat actuel de la question	23
CHAPITRE III. — Etude des opérées revues	27
A. Groupe de malades présentant des troubles de ménopause chirurgicale	28
B. Groupe de malades ne présentant aucun trouble ou des troubles très légers de ménopause artifi- cielle	41
Essai de pronostic des troubles généraux de la cas- tration chirurgicale	43
La thérapeutique	52

DEUXIÈME PARTIE

TROUBLES LOCAUX CONSÉCUTIFS A L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMI- NALE TOTALE ET SUBTOTALE	57
I. Altérations du col restant après hystérectomie subtotale	57
2. Les ovaires conservés. Les douleurs. Les kystes pelviens	64
3. Les uretères	67
4. Le vagin	68
Opposition entre l'hystérectomie totale et subtotale	71
CONCLUSIONS	73
BIBLIOGRAPHIE	77

